

Formulir Klaim Asuransi Syariah Perjalanan

Travel Sharia Insurance Claim Form



Petunjuk Pengajuan Klaim / Claim Submission Guidelines

- i. Formulir ini harus diisi dengan benar, lengkap dan jelas. Klaim hanya dapat diproses bila semua dokumen telah dilengkapi.
This form shall be filled in correctly, completely and clearly. Claim can only be processed if all supporting documents have been completed.
- ii. Semua dokumen pendukung asli harap dilampirkan.
All original documents shall be attached.
- iii. Kirimkan kembali formulir bersama: kronologi kejadian, fotokopi KTP, tiket perjalanan, boarding pass, paspor jika perjalanan ke luar negeri, dan dokumen perjalanan lainnya.
Send this Form together with: detail chronology, photocopy of the ID card, airline ticket, boarding pass, passport if international flight and other travel related documents.
- iv. Untuk klaim kecelakaan, lengkapi dengan laporan kepolisian (bisa untuk kehilangan barang), keterangan dari pihak penerbangan, kartu keluarga, akte kelahiran, akte kematian, fatwa waris dan lain-lain.
For travel accident claim, please complete claim form with police report (also can use for loss of property), airline statement, family card, birth certificate, death certificate, beneficiaries designation etc.

Informasi Pengajuan Klaim / Claim Submission Information

1. Nomor Polis :
Policy Number
2. Nama Peserta :
Name of Participant
3. Nomor Kartu Identitas :
ID Card Number
4. Alamat :
Address
.....
.....
5. Kode Pos :
Postal Code
6. Rincian Kontak :
Contact Details
 - Nomor Telepon Rumah :
Home Phone Number
 - Nomor Telepon Kantor :
Office Phone Number
 - Nomor Selular :
Mobile Number

- Nomor Faks :
Fax Number
- Alamat Email :
Email Address
- 7. Hubungan dengan Peserta :
Relationship with Participant
- 8. Negara Tujuan :
County of Destination
- 9. Jadwal Keberangkatan :
Schedule of Departure
- 10. Jadwal Kepulangan :
Schedule of Return

Pembatalan dan Pengurangan / Cancellation and Curtailment

1. Pembatalan Perjalanan / *Travel Cancellation*
Penjelasan Secara Rinci / *Detail Chronology*
.....
.....
2. Pengurangan Perjalanan / *Travel Curtailment*
Penjelasan Secara Rinci / *Detail Chronology*
.....
.....

Klaim Kecelakaan Diri atau Sakit / Accident or Sickness Claim

1. Jenis kecelakaan atau sakit :
Nature & extent of injury or sickness
.....
.....
2. Tanggal konsultasi pertama dengan Dokter :
Date of first consultation with your Doctor
3. Tanggal Anda berada di Rumah Sakit :
Date you were in Hospital
4. Periode konsultasi atau perawatan di Rumah Sakit :
Period of consultation or hospitalization
Tanggal masuk : Tanggal keluar :
Admission date Discharge date
5. Nama dan alamat lengkap Dokter : Telepon :
Doctor's name and complete address Telephone
.....
.....
6. Nama dan alamat lengkap Rumah Sakit : Telepon :
Hospital's name and complete address Telephone
.....
.....
7. Sebutkan jumlah yang telah Anda bayar kepada Dokter atau Rumah Sakit (mohon lampirkan bukti pembayaran asli)
Describe amount paid to a Doctor or a Hospital (please enclosed the original bills)
.....
.....

Pernyataan/Surat Kuasa / Declaration/Authorization

Saya/Kami menyatakan bahwa seluruh informasi tersebut diatas diberikan dengan sebenar-benarnya dan Saya/Kami tidak menahan/menyembunyikan informasi yang mempengaruhi PT Asuransi Chubb Syariah Indonesia dalam pertimbangan klaim. Saya/Kami mengerti klaim ini dapat ditolak atau dikurangi jika informasi yang diberikan tidak benar.

I/We declare that the information given in the above are true and complete in every detail and I/We do not withhold any information likely to affect PT Asuransi Chubb Syariah Indonesia's consideration of the claim. I/We understand the claim may be refused or reduced if the given information is incorrect.

Saya/Kami mengerti dan menyetujui bahwa PT Asuransi Chubb Syariah Indonesia mengumpulkan dan menyimpan data pribadi Saya/Kami untuk menyediakan, mengelola, mengembangkan dan menawarkan berbagai produk dan jasa asuransi kepada Saya/Kami. Untuk mencapai hal tersebut, PT Asuransi Chubb Syariah Indonesia dapat mengungkapkan data pribadi Saya/Kami kepada pihak ketiga yang layak baik di dalam maupun di luar wilayah Republik Indonesia, termasuk para penyedia jasa dan perusahaan lain dalam kelompok usaha PT Asuransi Chubb Syariah Indonesia. Saya/Kami setuju bahwa PT Asuransi Chubb Syariah Indonesia dapat menyimpan, menggunakan dan mengungkapkan data pribadi Saya/Kami dengan cara yang demikian.

I/We understand and agree that PT Asuransi Chubb Syariah Indonesia collect and record My/Our personal data to provide, manage, develop and offer various insurance product and service to Me/Us. To achieve this, PT Asuransi Chubb Syariah Indonesia may disclose My/Our personal data to appropriate third parties in or outside the Republic of Indonesia, including service providers and other companies within PT Asuransi Chubb Syariah Indonesia's group of business. I/We hereby consent to PT Asuransi Chubb Syariah Indonesia recording, using and disclosing My/Our personal data in this way.

Dengan ini Saya/Kami memberi kuasa, kepada setiap Dokter, Rumah Sakit/Klinik, Perusahaan dan Organisasi lain, Institusi ataupun perorangan yang mengetahui keadaan atau kesehatan Saya/Kami untuk mengungkap setiap dan semua informasi kepada PT Asuransi Chubb Syariah Indonesia atau mereka yang mewakilinya, dan Saya/Kami memberikan kuasa kepada PT Asuransi Chubb Syariah Indonesia untuk memperoleh setiap dan semua informasi berhubungan dengan hal tersebut.

I/We hereby authorise any Doctor(s) who has ever medically attended me, or any Hospital/Clinics, Companies, and other Organizations, Institution and Individual to disclose any or all relevant knowledge or information pertaining to My/Our condition to PT Asuransi Chubb Syariah Indonesia or their Authorised Representative and I/We hereby authorize PT Asuransi Chubb Syariah Indonesia to obtain such knowledge and information with that regards.

Nama & tanda tangan Pemegang Polis / Name & signature of Policy Holder	Tanggal / Date

Surat Keterangan Dokter / Attending Physician's Statement

1. Uraikan secara singkat kondisi penyakit/luka badan sehingga perlu menjalani perawatan medis
Please state briefly the circumstances necessitating medical treatment

.....
.....

2. a. Tanggal pertama kali gejala sakit/cidera dirasakan : Tgl/Bln/Thn
Nature and origin of symptoms first occurred DD/MM/YY

- b. Keluhan yang dirasakan/Jenis cidera :
Symptoms/nature of injury

3. Diagnosa penyakit atau cidera :
Diagnosis of illness or injury

4. Jika dilakukan tindakan operasi, mohon jelaskan tanggal dan jenis operasi yang dilakukan:
If surgery performed, please state date of surgery and type or surgery

.....
.....

5. Apakah pasien pernah memiliki penyakit lain yang mempengaruhi kondisi sekarang?
Has patient had any disease or infirmity affecting present condition

Jika Ya, mohon jelaskan:
If Yes, please state

.....
.....

6. Jika menjalani rawat inap, mohon berikan nama dan alamat Rumah Sakit
If patient was hospitalized, give name and address of hospital

Rumah Sakit / *Hospital* :

Alamat lengkap / *Complete address* :

Tanggal masuk: Tgl/Bln/Thn Tanggal keluar: Tgl/Bln/Thn
Date admitted DD/MM/YY Date discharged DD/MM/YY

Demikian saya menyatakan bahwa seluruh jawaban-jawaban diatas adalah benar menurut pengetahuan dan keyakinan saya.
I declare that the above information is true and complete to the best of my knowledge and belief.

Nama dan tanda tangan Dokter Pemeriksa / <i>Name and signature of Attending Physician</i>	Stempel Dokter/Rumah Sakit / <i>Att. Physician/Hosp. Stamp</i>	Keahlian / <i>Specialist</i>

Klaim Kehilangan Barang / *Baggage Claim*

Barang yang Hilang/Rusak / <i>Article Stolen or Damaged</i>	Tanggal Pembelian / <i>Date Purchased</i>	Harga / <i>Amount</i>	Jumlah yang di Klaim / <i>Amount Claimed</i>

Dilengkapi dengan surat keterangan dari polisi untuk pencurian. / *Attach police report for losses involving theft.*

Ketidaknyamanan Penerbangan / *Flight Inconvenience*

1. Kecelakaan pesawat
Flight travel accident

Keberangkatan (kota/negara) Tanggal Jam
Schedule departure (city/country) Date Hour

Perkiraan tiba (kota/negara) Tanggal Jam
Estimate of arrival (city/country) Date Hour

Keterangan kecelakaan
Details of accident

2. Keterlambatan pesawat
Flight delay

Jadwal keberangkatan awal (kota/negara) Tanggal Jam
Schedule departure (city/country) Date Hour

Jadwal keberangkatan baru (kota/negara) Tanggal Jam
Actual departure (city/country) Date Hour

Keterangan keterlambatan pesawat
Reason for delay

3. Keterlambatan/kehilangan bagasi
Luggage delay/loss

Keterangan isi bagasi
Describe type of contents

Jumlah bagasi yang didaftarkan
Total number of checked-in luggage

Nomor bagasi/bawaan (1)
Carrier/bag tag number (1)

Nomor bagasi/bawaan (2)
Carrier/bag tag number (2)

Nomor bagasi/bawaan (3)
Carrier/bag tag number (3)

Bagasi ditemukan pada Tanggal Jam
Luggage found at Date Hour

Lain-lain
Others

Cara Pembayaran Klaim / Method of Claim Payment

Nama Pemegang Polis :
Policy Holder's Name

Nomor Polis :
Policy Number

Informasi Bank / Bank Transfer Information

Nama Bank-Cabang :
Name of Bank-Branch

Nomor Rekening :
Account Number

Atas Nama :
In the Name of

Nama & tanda tangan Pemegang Polis / <i>Name & signature of Policy Holder</i>	Tanggal / Date

Chubb Syariah

PT Asuransi Chubb Syariah Indonesia. Jl. Mangga Dua Raya, Komplek Grand Boutique Centre Blok E No. 2-4 Jakarta 14430, Indonesia.
Tel: +62-21-62309433. Fax: +62-21-6126641. Web: www.chubbsyariah.co.id.
Hotline: +62 889 266 4444 atau +62 811 869 2751

©2017 Chubb. Perlindungan ditanggung oleh satu atau lebih anak perusahaan. Tidak semua perlindungan tersedia diseluruh yurisdiksi. Chubb® dan logo terkait lainnya, serta Chubb. Insured.SM merupakan merek dagang milik Chubb.

PT Asuransi Chubb Syariah Indonesia terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan.